

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial
Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Dr. Pedro Diógenes Junior, Pau dos
Ferro/RN**

Osmany Fleites Hernandez

Pelotas, 2015

Osmany Fleites Hernandez

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial
Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Dr. Pedro Diógenes Junior, Pau dos
Feros/RN**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família EaD da Universidade Federal de
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta
do SUS, como requisito parcial à obtenção do
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Suyane de Souza Lemos

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

H557m Hernandez, Osmany Fleites

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Dr. Pedro Diógenes Junior, Pau dos Ferros/RN / Osmany Fleites Hernandez; Suyane de Souza Lemos, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

98 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1. Saúde da Família 2. Atenção Primária à Saúde 3. Doença Crônica 4. Diabetes Mellitus 5. Hipertensão I. Lemos, Suyane de Souza, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A meus pais pela educação que me deram; a meus irmãos pelo apoio incondicional; a minha esposa e filha por ser motivo de inspiração; a meus amigos e família toda por ser arvore onde crescem meus sonhos.

Agradecimentos

Agradeço a meu país por dar a possibilidade de ajudar a povos vizinhos; ao Brasil que me acolheu como um mais de seus filhos; à universidade pela ajuda em conhecimentos e ferramentas para minha aprendizagem, a minhas orientadoras pela delicadeza com que consegue ressaltar o melhor da minha pessoa, a este povo maravilhoso de Pau dos Ferros, ao apoio incondicional da Prefeitura e Secretaria de Saúde do Município e a minha insuperável equipe de saúde.

Resumo

FLEITES HERNANDEZ, Osmany. **Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Dr. Pedro Diógenes Junior, Pau dos Ferros/RN** 96f. Ano 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Ano 2015

Trata-se de uma intervenção desenvolvida pela proposta do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade de ensino a distância, da Universidade Federal de Pelotas. A intervenção teve como objetivo geral melhorar a atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus. Quando estudamos o material disponibilizado e comparamos com a realidade que vive o povo brasileiro nos damos conta que é preciso fazer mudanças não só no estilo de vida da população, como também temos que mudar a forma de atenção clínica desses usuários e de outros com fatores de risco para desenvolvê-la. Existe muita prevalência e incidência destas doenças no Brasil, sendo causa de mortalidade muito frequente as complicações que derivam nestes usuários e as pessoas acima de 60 anos são as que têm maior porcentagem. É um projeto de intervenção que se desenvolve com o trabalho feito pela equipe de saúde em doze na UBS Dr. Pedro Diógenes Junior, localizada no centro da cidade, uma construção nova, ampla, bem equipada, com um coletivo de trabalho grande, porque atende uma população equivalente a duas Equipes de Saúde da Família no modelo de estratégia saúde da família. Atingimos um total de 400 hipertensos e 102 diabéticos cadastrados, ou seja, 59,6% e 61,4% de cobertura respectivamente em 12 semanas de desenvolvimento do programa. Os resultados quantitativos mais significativos obtidos foram o número de usuários com adesão ao programa que de continuar desenvolvendo-se de forma permanente daria um passo de avanço na atenção integral desses usuários e os resultados qualitativos mais significativos obtidos se demonstram na qualidade com que se desenvolveu todos os itens planejados alcançando 100% da população cadastrada e atendida. A importância da intervenção para a comunidade primeiro a satisfação dela com o trabalho feito de forma geral. Esses usuários já tem o dia marcado para o atendimento, tem o médico de forma regular, as consultas são integrais, o envolvimento dos hipertensos e diabéticos na melhoria de sua saúde é de vital importância. As pessoas acima de 60 anos são os que mais apresentam esses acometimentos incluindo as duas doenças juntas. Ressaltamos que muitos dos usuários atingidos com essas doenças foram descobertos pela ação da atividade e quanto antes se avalie permite fazer um tratamento eficaz, evitar as complicações e acaba-se evitando casos fatais. O desenvolvimento do projeto para o serviço trouxe melhoras na forma de escuta e atenção aos usuários, o fluxograma da unidade ficou melhor, usou-se espaços e momentos do dia de trabalho para desenvolver ações de saúde que antes não existiam e a equipe de saúde se preparou melhor para atingir um número maior de usuários, atingindo uma atenção mais integral com conhecimentos aprofundados sobre o desenvolvimento dessa ação programática a cada usuário nessa faixa etária, doentes ou com fatores de risco para desenvolver essas doenças.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão Arterial Sistêmica.

Lista de Figuras

FIGURA 1	Gráfico representativo da cobertura do programa de atenção ao hipertenso da unidade de saúde de Dr. Pedro Diógenes Junior.	69
FIGURA 2	Gráfico representativo da cobertura do programa de atenção ao diabético da unidade de saúde de Dr. Pedro Diógenes Junior.	69
FIGURA 3	Fotografia da pronúnciação aos usuários do Projeto de Intervenção	87
FIGURA 4	Fotografia da pronúnciação da equipe pelo Projeto de Intervenção	87
FIGURA 5	Fotografia da reunião de capacitação da equipe (1)	88
FIGURA 6	Fotografia da reunião de capacitação da equipe (2)	88
FIGURA 7	Fotografia da reunião entre as equipes UBS e NASF (1)	89
FIGURA 8	Fotografia da reunião entre as equipes UBS e NASF (2)	89
FIGURA 9	Fotografia da intervenção médica na palestra para grupo de usuários doentes e com fatores de risco sobre HAS e DM (1)	90
FIGURA 10	Fotografia da intervenção médica na palestra para grupo de usuários doentes e com fatores de risco sobre HAS e DM (2)	90
FIGURA 11	Fotografia das trocas com a comunidade e escuta de propostas (1)	91
FIGURA 12	Fotografia das trocas com a comunidade e escuta de propostas (2)	91

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
AIDS	Síndrome de Imuno Deficiência Adquirida (SIDA)
APS	Atenção Primária de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
MS	Ministério de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
SAE	Serviço de Atenção Especializada
UBS	Unidade Básica de Saúde
UMDM	Unidade Municipal de Dispensação de Medicamentos
USF	Unidade de Saúde da Família

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	17
2 Análise Estratégica	18
2.1 Justificativa.....	18
2.2 Objetivos e metas.....	20
2.2.1 Objetivo geral.....	20
2.2.2 Objetivos específicos e metas	21
2.3 Metodologia.....	23
2.3.1 Detalhamento das ações	23
2.3.2 Indicadores	42
2.3.3 Logística.....	48
2.3.4 Cronograma	60
3 Relatório da Intervenção.....	62
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	62
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	64
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	64
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	64
4 Avaliação da intervenção.....	66
4.1 Resultados	66
4.2 Discussão.....	74
5 Relatório de intervenção para a comunidade.....	81
6 Relatório de intervenção para a comunidade.....	82
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	82
Referências	84
Apêndices.....	86
Anexos	92

Apresentação

O trabalho consiste na melhora da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos na UBS Dr. Pedro Diógenes Junior município Pau dos Ferros/RN.

Este Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família modalidade à distância da Universidade Aberta do SUS- UNASUS / Universidade Federal de Pelotas – UFPEL (EaD UFPel) é o resultado das atividades que foram desenvolvidas durante as unidades de ensino que integram o Projeto Pedagógico do curso.

Foi apresentada a análise situacional por meio de texto inicial que aborda a situação da UBS em que foi realizada a intervenção com foco voltado para saúde. Também é mostrado o relatório da análise situacional desta UBS, descrevendo aspectos importantes da estrutura e da organização das ações programáticas na unidade de saúde.

O trabalho apresenta a análise estratégica com a descrição da proposta de intervenção para melhoria da saúde dos hipertensos e diabéticos incluindo objetivos, metas, metodologia, ações, indicadores e logística desenvolvida pela equipe de saúde na busca da qualificação da atenção. Também foram apresentados analisando as atividades desenvolvidas, as facilidades e as dificuldades de implantação e a viabilidade de incorporação na rotina do serviço.

Na avaliação da intervenção, os resultados e discussão da intervenção, sua importância para a comunidade e os profissionais da saúde. E por fim, concluindo o trabalho apresentam-se os relatórios da intervenção para gestores e para comunidade, a reflexão crítica sobre o processo de formação pessoal de aprendizagem na implementação da intervenção incluindo o significado do curso para a prática profissional, além das referências, anexos e apêndices.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Eu sou Osmany Fleites Hernandez, estou fazendo o curso de especialização na atenção básica no Brasil, sou médico cubano, formei-me em 1996, tenho 19 anos de experiência no trabalho da medicina familiar, já trabalhei em Cuba e na Venezuela. Nesse momento, comecei a trabalhar no Brasil desde dezembro de 2013, no município Pau dos Ferros. Minha Unidade Básica de Saúde (UBS) chama-se Dr. Pedro Diógenes Junior, localizada no centro da cidade, uma construção nova, ampla, bem equipada, com um coletivo de trabalho grande, porque atende uma população equivalente a duas Equipes de Saúde da Família no modelo de Estratégia Saúde da Família (ESF).

Há atendimentos de recepção, farmácia, sala de vacinas, sala de nebulização, sala de esterilização, lavanderia, refeitório, sala de coletas de sangue, consultórios, sala de reuniões, banheiros para trabalhadores e os usuários, um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e um Serviço de Atenção Especializada em DST/AIDS e Hepatites Virais (SAE), atendem outros médicos especialistas dias específicos no mês. A equipe é formada por uma administradora, uma recepcionista, duas enfermeiras e quatro técnicas em enfermagem, dois auxiliares gerais, uma técnica de odontologia, um odontólogo, nove agentes comunitários de saúde (ACS) e o médico clínico geral integral.

Em relação às consultas agendadas pelos ACS, temos os usuários de micro área que não podem chegar cedo na UBS ou familiar de usuários acamados, doenças crônicas que precisam de atenção regular, os demais agendamentos são feitos pelo médico, pelas enfermeiras e pelo restante da equipe. De forma geral os dados de minha área de trabalho são: Total de população geral: 4411 usuários; Total

de famílias: 1303; Total de gestantes: 15; Total de menores de 1 ano: 22; Número de hipertensos: 454; Número de diabéticos: 132. A UBS está dividida em nove micro áreas bem delimitadas com um agente comunitário de saúde por cada uma, não temos área descoberta, só quando seu agente está de férias ou licença.

O clima desta área é semidesértico, chove pouco, as condições da água de consumo não têm a qualidade requerida, uma parte da população compra água mineral, a maioria toma água de poço sem tratar, abundam as doenças renais como litíase, digestivas como gastrite por H. Pylori, vermes e dermatológicas.

Nossa área de atenção tem uma parte do centro da cidade bem urbanizada e pavimentada com a rede higiênica sanitária e todas as condições de infraestrutura e socioeconômica cultural, mas se desvia para a periferia e em algumas ruas não tem essas condições sinalizadas. Os processos de saúde-doença vão desde doenças crônicas não transmissíveis, próprias do país, até doenças infecciosas.

Além disso, temos um grande problema a derrotar, costumes e tabus próprios da medicina anterior que estão vigentes tais como querer fazer exames ou encaminhamentos sem ter uma ideia clara de qual é seu principal problema de saúde, sem atenção médica verdadeira, o médico e o próprio usuário. Há o problema da automedicação, buscar receita de medicamentos, como psicotrópicos, e antibióticos sem consulta adequada.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Pau dos Ferros situa-se na tromba do elefante do mapa do RN, sendo considerada a principal cidade da região do Alto Oeste do Estado e está distante da capital a 333,416 km, com área territorial de 267,7 Km². Com uma população residente de 27.745 habitantes (IBGE, 2010), sendo 14.229 do sexo feminino e 13.516 do sexo masculino, numa razão de 93 homens para cada 100 mulheres. A população de zona urbana é de 25.551 hab. e de zona rural 2.194 hab. Conta com um total de 8.329 famílias que estão cadastradas na Secretaria Municipal de Saúde, o que corresponde a 100% da população.

O município dispõe de 12 UBS, com o modelo assistencial ESF e Saúde Bucal, duas equipes de NASF, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), um Serviço de Atenção Especializada (SAE) em DST/AIDS e Hepatites Virais, Serviço de Vigilância Sanitária, Serviço de Vigilância Epidemiológica e Ambiental, uma Central de Regulação de Serviços de Saúde, uma Unidade Municipal de Dispensação de Medicamentos (UMDM) e um Laboratório de Análises Clínicas. Estão instalados na sede do município três hospitais: um estadual e dois filantrópicos. Também conta com as seguintes Especialidades (Consultas/exames especializados de Média e Alta Complexidade): Oftalmologista; Geriatra; Cardiologista; Ortopedista; Cirurgião Vascular; Pneumologista/Alergista; Endocrinologista; Otorrinolaringologista; Ginecologista; Pediatra; Gineco-obstetra; Ultrassonografista; Mastologista; Proctologista; Dermatologista; Neurologista e Nefrologista.

São prestados além dos exames clínicos de rotina os seguintes serviços e ações:

A) Exames de Média Complexidade:

- Mamografia;
- Endoscopia Digestiva;
- Raio-X;
- Fisioterapia;
- Ultrassonografias;
- Patologia Clínica.

B) Exames de Alta Complexidade:

- Tomografia Computadorizada;
- Densitometria Óssea;
- Terapia Renal Substitutiva.

Nossa UBS, localizada na zona urbana, está vinculada com todos os princípios, diretrizes do SUS e as instituições de ensino, com o modelo de atenção ESF, com um coletivo numeroso porque atende uma população grande e necessitada de atenção básica. É uma construção nova, ampla, bonita, bem equipada, tem todos os serviços orientados pelo Ministério da Saúde (MS).

A UBS tem um ambiente confortável, com a ventilação e a iluminação suficiente, espaços adequados para cada caso, não há barreiras arquitetônicas na

entrada da instalação nem nenhum local incluindo os banheiros, as cadeiras do salão de espera são confortáveis e numerosas, tem uma cadeira de rodas para usuários impossibilitados de mobilização, um aparelho de água potável para beber e um televisor que presta serviços informativos das cadeias de televisão, locais e próprias da UBS. Algumas dificuldades encontradas são que a consulta de odontologia não tem o banheiro próprio, está perto do salão de espera e os usuários utilizam os que estão nela, tem dois aparatos odontológicos com uma única equipe profissional para uma população muito numerosa.

Em relação às atribuições das equipes, continuamos na educação de todos os profissionais e trabalhadores do centro para desenvolver um melhor serviço aos usuários, estratégias e opções ou ofertas variadas, conversas, discussões, exemplos demonstrativos, durante as horas de trabalho combinado e nas reuniões de equipe.

Hoje podemos fazer os atendimentos agendados em sua maioria, viabilizamos as demandas espontâneas, atendemos as urgências e podemos intervir em todas as ações programáticas que preconiza o MS. Ainda falta preparação e conhecimento da maioria dos trabalhadores das ações que se devem fazer na UBS, sobretudo organizativo, acho que uma parte se deve à falta do controle dos diferentes níveis de atenção à saúde, falta preparação e conhecimento dos agentes comunitários para fazer uma atenção integral do indivíduo, a família e o entorno. Para isso mantemos a preparação das atividades coletivas e reuniões, falta intervenção da secretaria de saúde e apoio da gestão no tema docente.

A UBS atende uma população compreendida em 4411 habitantes divididas em 9 micro áreas de saúde, bem delimitada sua área de abrangência com mapa visível para todos na parede da recepção, o perfil demográfico esta composto por 2000 pessoas do sexo masculino e 2411 pessoas do sexo feminino, dividido em 1303 famílias cadastradas, a população idosa é de 673 pessoas, 275 homens e 398 mulheres correspondendo a 15.3% do total da população e 20.9% da população adulta ou maior de 20 anos, outros dados de importância são crianças menor de um ano 34, 15 masculinos e 19 femininas, 33 gestantes.

A estrutura da UBS, seus serviços e a quantidade de profissionais e demais membros da equipe são suficientes para o atendimento destes usuários, só precisa de outro médico e outra equipe de odontologia, as estratégias utilizadas para viabilizar a atenção à saúde da população vão sendo realizadas à medida que

aparecem situações de conflito ou demanda de algum serviço ao introduzir as ações programáticas ensinadas no curso de especialização e vão desde o atendimento programado e agendado, atendimento de urgências até demandas espontâneas (BRASIL.

Em relação à atenção à demanda espontânea, os pontos positivos são que todos os trabalhadores aprendem a organizar-se, ter um acolhimento adequado destes usuários, reconhecem suas necessidades de atendimento e dão uma resposta positiva oferecendo opções variadas. As principais dificuldades relativas ao acolhimento da população é o manejo do excesso de demanda e são sobretudo com os usuários de outras UBS que não tem médico, tratamos de oferecer os serviços a todos por igual.

Em relação à saúde da criança (faixa etária de 0 a 72 meses), são realizadas as ações de atenção que estão estruturadas de forma programática, usando o protocolo do MS de 2012 (BRASIL, 2012a), contamos com um registro específico, realizando o monitoramento regular destas ações, analisamos mensalmente nas reuniões de equipe os resultados, buscamos opções para alcançar o atendimento de usuários faltosos. Atualmente, já temos resultados desta organização, trabalho em equipe e à adesão da população às ações. A qualidade da atenção à saúde está muito melhor. Desta forma, a qualidade dos registros está melhorando e incorporando novas propostas e estratégias que surgem das discussões de casos.

O planejamento e monitoramento das ações estão sendo incorporados ao estilo de trabalho diário. As atividades de educação em saúde cada vez são maiores em quantidade, qualidade e número de participantes, e à participação dos diferentes membros da equipe de saúde nas estratégias estabelecidas.

Estamos introduzindo o método de análise e comparação dos resultados pelos ACS. De acordo as estimativas apresentadas para a quantidade populacional de nossa área de abrangência (64 crianças menores de um ano); temos só (34 crianças) 53% dos atendimentos nesta faixa etária mais vulnerável e deles o atendimento correto ocorre apenas para (28 crianças) 43%, os demais às vezes após o parto mudam de endereço temporariamente ou definitivamente e perdemos a comunicação.

Em relação ao pré-natal temos igual linha de trabalho, as consultas estão estruturadas de forma programática, pelo protocolo de 2012 (BRASIL, 2012b), com

um registro específico. Realizamos o monitoramento regular destas ações, os resultados são menores por diferentes motivos, algumas fazem o pré-natal fora de área ou com o ginecologista. Já outras gestantes, as de maior idade gestacional, que têm o atendimento correto, sem complicações, com o acompanhamento pelas enfermeiras não desejam trocar os atendimentos, mas estamos na fase de avaliar a totalidade das gestantes.

Os aspectos positivos são a organização que nos permite conhecer a totalidade de grávidas, os motivos pelos quais não tem o acompanhamento ou não é adequado pela UBS e recuperar as dificuldades com o controle. A adesão da população às ações propostas é positiva. De acordo com os dados preenchidos e estimativas deveríamos atingir 66 grávidas, temos só (33 usuárias) 50% das gestantes que deveríamos ter acompanhadas, delas (29 usuárias) 43% tem um bom acompanhamento.

São orientadas sobre os cuidados básicos de um recém-nascido, aleitamento exclusivo, planejamento familiar e retorno à consulta. A maioria vai à consulta planejada para o puerpério onde se realiza exame geral e particular das mamas, involução abdominal do útero e exame ginecológico, continua a avaliação pelo resto da equipe que a acompanha durante a gravidez.

Em relação à Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama, as ações de atenção que são realizadas no meu serviço estão estruturadas de forma programática, pelo protocolo de 2013 (BRASIL, 2013a). Contamos com um registro específico onde se informam todos os casos feitos incluindo fora de área. Pelo fato de não ter organização nem a totalidade de mulheres na faixa etária avaliada, não se realizava monitoramento regular destas ações. Atualmente um conjunto de ações são realizadas para a organização como o planejamento, busca ativa e discussões de casos encontrados.

Também monitoramos e avaliamos, nas reuniões de equipe mensal, todas as ações programáticas estudadas neste curso. Ainda assim, falta trabalho de organização, busca ativa de informação atrasada, educação da população neste tema. Existe adesão da população às ações propostas. A qualidade da atenção à saúde começa a diferenciar-se. A qualidade dos registros sem dúvida está melhorando, o planejamento e monitoramento das ações e novo mais se está realizando mensal para avaliar a qualidade do processo. As atividades de educação

em saúde e a participação dos diferentes membros da equipe de saúde são contínuas.

Nossa UBS realiza os registros de forma lenta, na realidade não tem o controle certo de todas as mulheres na faixa etária por vários motivos tais como: muitas mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, muito descontrole por parte do profissional e da gestão municipal de saúde que não estabelecia as metas, estimativas próprias sem os cortes estatísticos para gerar polêmicas. Discussões de situações, casos e o controle delas, o número crescente de usuárias atendidas por essa causa, fora da área de abrangência. Também não existe comunicação e apoio entre unidades de saúde (redes de atenção).

De acordo as estimativas apresentadas para a quantidade populacional de nossa área de abrangência o número estimado de mulheres entre 25 e 64 anos seria de 1109, nossa população nessa faixa etária é maior (1820), delas só 635 usuárias (57%) tem acompanhamento pela UBS e 589 (53%) com exames coletados com mostras satisfatórias. Por outro lado na faixa etária de 50 a 69 anos as estimativas são de 331 usuárias, nós temos 661, delas 330 usuárias (49,9%) tem a mamografia em dia, com avaliação e prevenção correspondente.

Em relação à atenção aos hipertensos e diabéticos, as ações que são realizadas no serviço estão estruturadas de forma programática, pelo protocolo de 2013 (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2013c). De acordo a estimativa apresentada para a quantidade populacional de nossa área de abrangência seria de 914 usuários hipertensos, deles só temos cadastrados 454 (49,6%) e 315 (34,5%). A estimativa para os diabéticos ficaria em 261 usuários, nós temos cadastrados 132 (50,6%) e deles 85 (32,6%) com atenção de qualidade. Contamos com um registro específico e realizamos monitoramento regular destas ações, as dificuldades relativas à cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos se baseiam na quantidade de população para um médico. A adesão da população às ações propostas é muito boa.

Eles têm a possibilidade pela primeira vez de ter consultas programadas e agendadas. A qualidade da atenção à saúde com organização e o planejamento se eleva. A qualidade dos registros tem melhorado com as novas estratégias utilizadas e o planejamento e monitoramento das ações que nos permite adotar novas medidas e nos ensina novos caminhos para resolver as dificuldades. As atividades

de educação em saúde e a participação dos diferentes membros da equipe de saúde são um motor impulsor da saúde.

A atenção da saúde bucal é um tema muito importante, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo na promoção e prevenção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco incorporando ações programáticas de uma forma mais abrangente.

Existe a necessidade de incrementar as ações de promoção e prevenção na área de saúde bucal na Atenção Básica.

Sobre a saúde dos idosos, as ações de atenção neste grupo prioritário são realizadas no meu serviço da mesma forma que falamos anteriormente. Realizamos para eles as mesmas ações descritas para outros grupos porque eles formam parte numa maioria. Não contamos com registro específico para eles nem avaliamos nenhum processo referente a esse grupo. Atualmente todo um processo novo que estamos adicionando ao novo estilo de trabalho para a adesão deste grupo populacional e as ações propostas são unânimes. A qualidade da atenção à saúde começa a aparecer de forma integral. A qualidade dos registros agora nos permite avaliar as ações planejadas. As atividades de educação em saúde e a participação dos diferentes membros da equipe de saúde continuam sendo a pedra angular de nosso trabalho.

Finalizando, considero que além das condições de trabalho muito boas que apresentamos, os recursos materiais, a infraestrutura, os melhores recursos que nossa UBS apresenta são os recursos humanos, equipe amigável, entusiasmada e com desejos de melhorar a saúde do povo brasileiro. Sinto-me ansioso para aprender coisas novas. Os maiores desafios são a educação dos trabalhadores e da população para as novas estratégias do SUS, com o objetivo de melhorar a atenção básica, mudar estilos de trabalho, de atenção e oferta dos serviços assim como a forma de pedir e receber atenção pelos usuários.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

É inegável que temos aprendido muito com o trabalho nesta UBS, agora estamos melhor preparados para enfrentar as diferentes situações que aparecem no dia a dia. Temos a capacidade de mudar a saúde de um grupo populacional grande e podemos avaliar, monitorar processos. Ao realizar o texto referente à primeira tarefa do curso, considero que naquele momento estávamos organizando o trabalho para melhorar atenção a população, pela localização da UBS, a quantidade de população da área, mais com bairros vizinhos tornava-se impossível atender a demanda espontânea todo o tempo. Além disso, a quantidade de população idosa, sobretudo com doenças crônicas era muito superior.

Tínhamos atendimento prioritário às crianças e gestantes com alguns problemas de saúde. As puericulturas e consultas para gestantes eram realizadas pela enfermeira com apoio do ginecologista. Hoje é outra realidade, este estudo aprofundado me permitiu a possibilidade de dar repostas a quase todas as perguntas e dúvidas que tinha.

Temos buscado atender a demanda espontânea, em consultas médicas e com outros profissionais, também buscamos agendar consultas ou acompanhamentos periódicos, e ofertar opções de atendimento. Temos começado a fazer um melhor acolhimento dos usuários, atende-se a demanda de urgência, buscamos estabelecer um nível de consulta melhor assistido, com base em todas as ações programáticas preconizadas.

Além disso, temos as crenças, tabus e costumes próprios da medicina anterior, que vão mudando pouco a pouco com a nova estratégia. Os exames por complacência e encaminhamentos estão diminuindo e o uso de psicotrópicos também. Hoje minha governabilidade sobre os problemas que surgem está aumentando e tenho a possibilidade de demonstrar o trabalho feito para gerar mudanças na educação de meus parceiros de trabalho e os usuários da UBS.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Em decorrência de cardiopatia hipertensiva e isquêmica, é também fator etiológico de insuficiência cardíaca. Déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular, também têm HAS em fases mais precoces da vida como fator de risco. Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2006). Apesar de apresentar uma redução significativa nos últimos anos, as Doenças Cardiovasculares têm sido a principal causa de morte no Brasil.

O DM é um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (WHO, 1999). O DM vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à HAS e à disfunção endotelial. É um problema de saúde considerado Condição Sensível à APS, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e

cerebrovasculares (ALFRADIQUE, 2009). A prevalência da DM do tipo II está aumentando. Aproximadamente 7% da população adulta brasileira tem esse problema. A DM lidera como causa de cegueira, doença renal e amputação e expõe a um aumento de mortalidade principalmente por eventos cardiovasculares.

O programa que busca a melhoria da atenção a usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) foi priorizado como área temática para realizar minha intervenção. Quando estudamos o material disponibilizado e comparamos com a realidade que vive o povo brasileiro nos damos conta que é preciso fazer mudanças não só no estilo de vida da população, como também temos que mudar a forma de atenção clínica, a forma de olhar esses usuários e fazer um desenvolvimento integral da Atenção Primária à Saúde (APS) sobre estes usuários com fatores de risco. Existe muita prevalência e incidência destas doenças no mundo inteiro e o Brasil está inserido nesse cenário. Sendo causa de mortalidade muito frequente as complicações que derivam nestes usuários com HAS e/ou DM e as pessoas acima de 60 anos são as que tem maior porcentagem.

A APS, as UBS e as ESF têm uma grande responsabilidade neste aspecto, com ações de acompanhamento, educação, promoção e prevenção, tratamento adequado e reabilitação podemos incidir e ajudar ao incremento da qualidade de vida de este grupo populacional.

O indicador de cobertura de hipertensão para o total de população adstrita é de (22,7%) 671 usuários, temos cadastrados 454 hipertensos resultando em 10,29% da população adulta e 67,7% do índice de cobertura, deles, 315 usuários (46,9%), tem um acompanhamento de qualidade, com estratificação de risco cardiovascular, com orientações nutricionais e sobre a prática de atividade física regular, avaliação de saúde bucal e com adesão ao programa sobre hipertensão que estamos tentando desenvolver. O indicador de cobertura de DM para o total de população adstrita é de 166 usuários, temos cadastrados 132 diabéticos correspondendo a 2,99% da população adulta resultando em 79,5% do índice de cobertura, deles, 85 usuários (51,2%) tem um acompanhamento de qualidade, com estratificação de risco cardiovascular, com orientações nutricionais e sobre a prática de atividade física regular, avaliação de saúde bucal e com adesão ao programa sobre DM que estamos tentando desenvolver.

Nossa UBS começou um trabalho de organização e recuperação da informação uma vez que teve o médico de forma contínua e permanente, coincidimos que havia que obter mudanças para alcançar atenção integral, temos o apoio muito grande neste curso para alcançar não só nossos conhecimentos, além de todos os materiais de estudo compartilhados com nossos parceiros de trabalho e até o momento, fazemos palestras continuas sobre essas doenças, fatores de risco e complicações de não ter um bom acompanhamento e o tratamento correto, empreendemos busca ativa de usuários novos com essas doenças porque ainda ficam sem diagnosticar, além fazemos triagem a todo usuário maior de 20 anos buscando fatores de risco para estas doenças, fazemos busca ativa de usuários faltosos as consultas programadas e agendadas.

Concluo explicitando que a intervenção é importante no contexto da minha UBS, anteriormente não tinha médico de forma regular, as consultas ocasionais eram só assistenciais, os dados inseridos neste resumo falam por eles, a qualidade de assistência aos usuários deve modificar-se para que seja a verdadeira porta de entrada a um sistema de saúde que inclua a todos por igual. Os aspectos que viabilizam a realização da intervenção são que a população e os trabalhadores da ESF já têm adesão aos programas, gostam das mudanças nas consultas e acompanhamento feitos, observam os resultados que antes não tinham. Os aspectos em que esta intervenção pode melhorar a atenção à saúde da população-alvo são organizativos, a qualidade de atenção, o acompanhamento, o diagnóstico de casos novos a as quatro bases da atenção primária, a promoção, a prevenção, o tratamento e a reabilitação.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus na UBS Dr. Pedro Diógenes Junior, Pau dos Ferros/RN

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo Específico 1.

- Ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1 - Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2 - Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo Específico 2.

- Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1 - Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos cadastrados.

Meta 2.2 - Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos cadastrados.

Meta 2.3 - Garantir a 100% dos hipertensos cadastrados a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4 - Garantir a 100% dos diabéticos cadastrados a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5 - Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6 - Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7 - Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos cadastrados.

Meta 2.8 - Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos cadastrados.

Objetivo Específico 3.

- Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1 - Buscar 100% dos hipertensos cadastrados faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2- Buscar 100% dos diabéticos cadastrados faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo Específico 4.

- Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1- Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2- Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo Específico 5.

- Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1- Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2- Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo Específico 6.

- Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos cadastrados.

Meta 6.2- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos cadastrados.

Meta 6.3- Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos cadastrados.

Meta 6.4- Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos cadastrados.

Meta 6.5- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos cadastrados.

Meta 6.6- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos cadastrados.

Meta 6.7- Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos cadastrados.

Meta 6.8- Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos cadastrados.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Dr. Pedro Diógenes Junior, no Município de Pau dos Ferros RN.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo Específico 1.

- Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.

- Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 2.

- Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação.

- Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento das ações.

A folha de cadastro dos hipertensos e diabéticos será analisada, além do registro dos medicamentos controlados, registro de vacinas, registro de usuários atendidos pelo médico, enfermeira e o odontólogo de nossa UBS. Será solicitado o registro individual de cada agente comunitário de saúde (ACS) de seus usuários cadastrados como hipertensos e/ou diabéticos. Será feita a revisão do cadastro familiar preenchido recentemente pelos ACS.

Organização e gestão do serviço.

- Garantir os registros dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial e do hemoglicoteste (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica, glicômetro e acessórios) na unidade de saúde.

Detalhamento das ações.

Serão preenchidos novos registros com toda a informação fornecida dos hipertensos e diabéticos de forma separada. O pessoal de trabalho na unidade será capacitado que todos os usuários hipertensos e diabéticos tem além da consulta agendada pelo médico, enfermeira e ACS, ofertas variadas do atendimento, desde demanda espontânea, conselho multiprofissional até atendimento de urgência. Será solicitado aos gestores e a secretaria de saúde material adequado e suficiente para desenvolver uma boa triagem do usuário, baseado em os dados recolhidos da população alvo.

Engajamento público.

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento das ações.

Serão utilizados todos os espaços informativos, audiovisual, prensa escrita, técnicas de educação e comunicação popular, locais de agrupação (escolas, centros laborais, igrejas) para difundir sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Qualificação da prática clínica.

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e/ou diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento das ações.

Será solicitado à secretaria de saúde e gestores a capacitação dos ACS para o cadastramento de hipertensos e/ou diabéticos. Além de sensibilizar os ACS que cumpram a disposição na portaria nº 648, de 28 de março de 2006 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, no capítulo XII. "ATRIBUIÇÕES E

COMPETÊNCIAS DA EQUIPE DE SAÚDE”, para os ACS, inciso 2, no caderno de atenção básica de HAS e DM, que refere que deve rastrear a hipertensão arterial em indivíduos com mais de 20 anos, pelo menos, uma vez ao ano, mesmo naqueles sem queixa. Será solicitado à secretaria de saúde e gestores a capacitação da equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Objetivo Específico 2.

- Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1.

- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

Monitoramento e avaliação.

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento das ações.

Serão revisadas as fichas individuais dos hipertensos e diabéticos atendidos pelo médico, enfermeira e o odontólogo de nossa UBS fazendo o paralelo com as que tem o exame clínico apropriado para eles.

Organização e gestão do serviço.

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e/ou diabéticos.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento das ações.

Será solicitado à secretaria de saúde e gestores a organização e a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde para hipertensos e/ou diabéticos, além de capacitar e disponibilizar protocolo à equipe de saúde.

Engajamento público.

- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e da diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento das ações.

Serão utilizados todos os espaços informativos, audiovisual, prensa escrita, técnicas de educação e comunicação popular, locais de agrupação (escolas, centros laborais, igrejas), consultas médicas, de enfermeiras e de odontologia para orientar aos usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e da diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Qualificação da prática clínica.

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento das ações.

Será solicitado à secretaria de saúde e gestores a organização e a capacitação da equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Meta 2.

- Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Monitoramento e avaliação.

- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento das ações.

Serão revisadas as fichas individuais dos hipertensos e diabéticos atendidos pelo médico, enfermeira e o odontólogo de nossa UBS monitorando o número deles com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Organização e gestão do serviço.

- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

- Estabelecer sistemas de alerta dos exames complementares preconizados.

Detalhamento das ações.

Iremos solicitar à secretaria de saúde e gestores garantir a solicitação dos exames complementares deste projeto.

Engajamento público.

- Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

- Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento das ações.

Utilizaremos todos os espaços informativos, audiovisual, prensa escrita, técnicas de educação e comunicação popular, locais de agrupação (escolas, centros laborais, igrejas), consultas médicas, de enfermeiras e de odontologia para orientar aos usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

Qualificação da prática clínica.

- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento das ações.

- Solicitar a secretaria de saúde e gestores a organização e a capacitação da equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Meta 3.

- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação.

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento das ações.

Realizaremos um monitoramento das farmácias dentro da unidade e Farmácia Popular dos medicamentos de Hiperdia e o acesso dos hipertensos e diabéticos.

Organização e gestão do serviço.

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento das ações.

Solicitaremos a administradora no centro e responsável de medicamentos do município que realizem o controle de estoque (incluindo validade) dos medicamentos de Hiperdia.

Engajamento público.

- Orientar aos usuários e comunidade quanto ao direito de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento das ações.

Utilizaremos todos os espaços informativos, audiovisual, prensa escrita, técnicas de educação e comunicação popular, locais de agrupação (escolas, centros laborais, igrejas), consultas médicas, de enfermeiras e de odontologia para orientar aos usuários e comunidade quanto ao direito de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Qualificação da prática clínica.

- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento das ações.

Solicitaremos a secretaria de saúde e gestores a organização e a atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes e realizaremos a capacitação da equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Meta 4.

- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados.

Monitoramento e avaliação.

- Monitorar os hipertensos e diabéticos cadastrados que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento das ações.

Revisaremos as fichas individuais dos hipertensos e diabéticos cadastrados atendidos pelo médico, enfermeiras de nossa UBS monitorando o número deles quem necessita de atendimento odontológico.

Organização e gestão do serviço.

- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos cadastrados.
- Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento das ações.

Realizaremos a pauta com o odontólogo da UBS a organização da ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos cadastrados.

Engajamento público.

- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos cadastrados.

Detalhamento das ações.

Utilizaremos todos os espaços informativos, audiovisual, prensa escrita, técnicas de educação e comunicação popular, locais de agrupação (escolas, centros laborais, igrejas), consultas médicas, de enfermeiras e de odontologia para orientar aos usuários e a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos cadastrados.

Qualificação da prática clínica.

- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos cadastrados.

Detalhamento das ações.

Solicitaremos a secretaria de saúde e gestores a organização e a capacitação da equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos cadastrados.

Objetivo Específico 3.

- Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 1.

- Buscar 100% dos hipertensos cadastrados faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 2.

- Buscar 100% dos diabéticos cadastrados faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Monitoramento e avaliação.

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento das ações.

Realizaremos um monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo para os hipertensos e diabéticos para conhecer as consultas em dia e os faltosos a consulta.

Organização e gestão do serviço.

- Organizar visitas domiciliares para buscar os hipertensos e diabéticos faltosos a consultas.
- Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento das ações.

Realizaremos a pauta com os ACS da UBS a organização das ações para realizar visitas domiciliares para buscar os hipertensos e diabéticos faltosos a consulta além do seu acolhimento.

Engajamento público.

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabéticos (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer aos portadores de hipertensão, diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento das ações.

Utilizaremos todos os espaços informativos, audiovisual, prensa escrita, técnicas de educação e comunicação popular, locais de agrupação (escolas, centros laborais, igrejas), consultas médicas, de enfermeiras e de odontologia para orientar aos usuários e a comunidade sobre a importância de realização das consultas e a periodicidade preconizada dos usuários hipertensos e diabéticos. Garantiremos conversação e comunicação com a comunidade sobre as estratégias planteadas,

adotar sugestões para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabéticos.

Qualificação da prática clínica.

- Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento das ações.

Solicitaremos a secretaria de saúde e gestores a organização e a capacitação dos ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Objetivo Específico 4.

- Melhorar o registro das informações

Meta 1.

- Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.

- Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação.

- Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos na unidade de saúde.

Detalhamento das ações.

Nas reuniões mensais com a equipe monitoraremos a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos na unidade de saúde.

Organização e gestão do serviço.

- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar a ficha de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento das ações.

Criaremos e organizaremos um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao acompanhamento de hipertensos e diabéticos, com monitoramento mensal.

Engajamento público.

- Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento das ações.

Utilizaremos todos os espaços informativos, audiovisual, prensa escrita, técnicas de educação e comunicação popular, locais de agrupação (escolas, centros laborais, igrejas), consultas médicas, de enfermeiras e de odontologia para orientar aos usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Qualificação da prática clínica.

- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento das ações.

Solicitaremos a secretaria de saúde e gestores a organização e a capacitação da equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético.

Objetivo Específico 5.

- Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 1.

- Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.

- Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação.

- Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento das ações.

Revisaremos e monitoraremos as fichas individuais dos hipertensos e diabéticos atendidos pelo médico, enfermeira e o odontólogo de nossa UBS fazendo o paralelo com as que tem realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Organização e gestão do serviço.

- Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento das ações.

• Criar e organizar um sistema de registro que viabilize e priorize o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

• Criar e organizar um sistema de registro que viabilize o agendamento para o atendimento desta demanda.

Engajamento público.

• Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

• Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento das ações.

• Utilizaremos todos os espaços informativos, audiovisual, prensa escrita, técnicas de educação e comunicação popular, locais de agrupação (escolas, centros laborais, igrejas), consultas médicas, de enfermeiras, de odontologia, visitas domiciliares e pelos ACS para esclarecer aos usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Qualificação da prática clínica.

• Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e a avaliação dos pés.

• Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

• Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento das ações.

Solicitaremos a secretaria de saúde e gestores a organização e a capacitação da equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e a avaliação dos pés.

Objetivo Específico 6.

- Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 1.

- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos cadastrados.

Monitoramento e avaliação.

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.

Detalhamento das ações.

- Revisaremos e monitoraremos as fichas individuais dos hipertensos atendidos pelo médico, enfermeira e o odontólogo de nossa UBS fazendo o paralelo com as que tem realização de orientação nutricional.

Organização e gestão do serviço.

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento das ações.

- Pactuar com a equipe a organização de práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Pactuar com gestor e a equipe NASF para envolver nutricionistas nesta atividade.

Engajamento público

- Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento das ações.

Utilizaremos todos os espaços informativos, audiovisual, prensa escrita, técnicas de educação e comunicação popular, locais de agrupação (escolas, centros laborais, igrejas), consultas médicas, de enfermeiras, de odontologia, visitas domiciliares e pelos ACS para orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Qualificação da prática clínica.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento das ações.

Solicitaremos a secretaria de saúde e gestores a organização e a capacitação da equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação e sobre metodologias de educação em saúde.

Meta 2.

- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos cadastrados.

Monitoramento e avaliação.

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos.

Detalhamento das ações.

Revisaremos e monitoraremos as fichas individuais dos diabéticos atendidos pelo médico, enfermeira e o odontólogo de nossa UBS fazendo o paralelo com as que tem realização de orientação nutricional.

Organização e gestão do serviço.

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento das ações.

Pactuaremos com a equipe a organização de práticas coletivas sobre alimentação saudável e vamos envolver nutricionistas nesta atividade.

Engajamento público.

- Orientar os diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento das ações.

Utilizaremos todos os espaços informativos, audiovisual, prensa escrita, técnicas de educação e comunicação popular, locais de agrupação (escolas, centros laborais, igrejas), consultas médicas, de enfermeiras, de odontologia, visitas domiciliares e pelos ACS para orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Qualificação da prática clínica.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento das ações.

- Solicitar a secretaria de saúde e gestores a organização e a capacitação da equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

- Solicitar a secretaria de saúde e gestores a organização e a capacitação da equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Meta 3.

- Orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Monitoramento e avaliação.

- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.

Detalhamento das ações.

Revisaremos e monitoraremos as fichas individuais dos hipertensos atendidos pelo médico, enfermeira e o odontólogo de nossa UBS fazendo o paralelo com as que tem realização de orientação para atividade física regular.

Organização e gestão do serviço.

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento das ações.

- Pactuar com a equipe a organização de práticas coletivas para orientação de atividade física.

- Pactuar com gestor e a equipe NASF para envolver educadores físicos nesta atividade.

Engajamento público.

- Orientar hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento das ações.

Utilizaremos todos os espaços informativos, audiovisual, prensa escrita, técnicas de educação e comunicação popular, locais de agrupação (escolas, centros laborais, igrejas), consultas médicas, de enfermeiras, de odontologia, visitas

domiciliais e pelos ACS para orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Qualificação da prática clínica.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento das ações.

- Solicitar a secretaria de saúde e gestores a organização e a capacitação da equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Solicitar a secretaria de saúde e gestores a organização e a capacitação da equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Meta 4.

- Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Monitoramento e avaliação.

- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos.

Detalhamento das ações.

Revisaremos e monitoraremos as fichas individuais dos diabéticos atendidos pelo médico, enfermeira e o odontólogo de nossa UBS fazendo o paralelo com as que tem realização de orientação para atividade física regular.

Organização e gestão do serviço.

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento das ações.

Pactuaremos com a equipe a organização de práticas coletivas para orientação de atividade física e buscaremos envolver educadores físicos nesta atividade.

Engajamento público

- Orientar os diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento das ações.

Utilizaremos todos os espaços informativos, audiovisual, prensa escrita, técnicas de educação e comunicação popular, locais de agrupação (escolas, centros laborais, igrejas), consultas médicas, de enfermeiras, de odontologia, visitas domiciliares e pelos ACS para orientar os diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Qualificação da prática clínica.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento das ações.

Solicitaremos a secretaria de saúde e gestores a organização e a capacitação da equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular e sobre metodologias de educação em saúde.

Meta 5.

- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Monitoramento e avaliação.

- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.

Detalhamento das ações.

Revisaremos e monitoraremos as fichas individuais dos hipertensos atendidos pelo médico, enfermeira e o odontólogo de nossa UBS fazendo o paralelo com as que tem realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.

Organização e gestão do serviço.

- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento das ações.

- Solicitar a secretaria de saúde e gestores a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Engajamento público.

- Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento das ações.

Utilizaremos todos os espaços informativos, audiovisual, prensa escrita, técnicas de educação e comunicação popular, locais de agrupação (escolas, centros laborais, igrejas), consultas médicas, de enfermeiras, de odontologia, visitas domiciliares e pelos ACS para orientar os hipertensos e a comunidade sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Qualificação da prática clínica.

- Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento das ações.

- Solicitar a secretaria de saúde e gestores a organização e a capacitação da equipe da unidade de saúde para o tratamento de usuários tabagistas.
- Solicitar a secretaria de saúde e gestores a organização e a capacitação da equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Meta 6.

- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Monitoramento e avaliação.

- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos.

Detalhamento das ações.

Revisaremos e monitoraremos as fichas individuais dos diabéticos atendidos pelo médico, enfermeira e o odontólogo de nossa UBS fazendo o paralelo com as que tem realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos.

Organização e gestão do serviço.

- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento das ações.

- Solicitar a secretaria de saúde e gestores a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Engajamento público.

- Orientar diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento das ações.

Utilizaremos todos os espaços informativos, audiovisual, prensa escrita, técnicas de educação e comunicação popular, locais de agrupação (escolas, centros laborais, igrejas), consultas médicas, de enfermeiras, de odontologia, visitas domiciliares e pelos ACS para orientar os hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Qualificação da prática clínica.

- Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento das ações.

Solicitaremos a secretaria de saúde e gestores a organização e a capacitação da equipe da unidade de saúde para o tratamento de usuários tabagistas e sobre metodologias de educação em saúde.

Meta 7.

- Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Monitoramento e avaliação.

- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos.

Detalhamento das ações.

Revisaremos e monitoraremos as fichas individuais dos hipertensos atendidos pelo médico, enfermeira e o odontólogo de nossa UBS fazendo o paralelo com as que tem realização de orientação sobre higiene bucal.

Organização e gestão do serviço.

- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento das ações.

- Organizar tempo médio de 20 minutos de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Engajamento público.

- Orientar os hipertensos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento das ações.

Utilizaremos todos os espaços informativos, audiovisual, prensa escrita, técnicas de educação e comunicação popular, locais de agrupação (escolas, centros laborais, igrejas), consultas médicas, de enfermeiras, de odontologia, visitas domiciliares e pelos ACS para orientar os hipertensos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Qualificação da prática clínica.

- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento das ações.

- Solicitar a secretaria de saúde e gestores a organização e a capacitação da equipe da unidade de saúde para oferecer orientações de higiene bucal.

Meta 8.

- Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Monitoramento e avaliação.

- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos diabéticos.

Detalhamento das ações.

Revisaremos e monitoraremos as fichas individuais dos diabéticos atendidos pelo médico, enfermeira e o odontólogo de nossa UBS fazendo o paralelo com as que tem realização de orientação sobre higiene bucal.

Organização e gestão do serviço.

- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento das ações.

- Organizar tempo médio de 20 minutos de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Engajamento público.

- Orientar os diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento das ações.

Utilizaremos todos os espaços informativos, audiovisual, prensa escrita, técnicas de educação e comunicação popular, locais de agrupação (escolas, centros laborais, igrejas), consultas médicas, de enfermeiras, de odontologia, visitas domiciliares e pelos ACS para orientar os diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Qualificação da prática clínica.

- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento das ações.

Solicitaremos à secretaria de saúde e gestores a organização e a capacitação da equipe da unidade de saúde para oferecer orientações de higiene bucal.

2.3.2 Indicadores

Objetivo Específico 1.

- Ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1 Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

- Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial.

- Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

- Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

- Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo Específico 2.

- Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1. Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

- Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.
- Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2. Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

- Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.
- Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

- Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.
- Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

- Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.
- Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

- Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

- Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos cadastrados.

Indicador 2.7. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. 100% dos hipertensos.

- Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.
- Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

- Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.
- Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo Específico 3.

- Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1. Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

- Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa
- Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2. Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

- Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.
- Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Objetivo Específico 4.

- Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

- Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.
- Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

- Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.
- Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo Específico 5.

- Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

- Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.
- Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

- Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.
- Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo Específico 6.

- Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

- Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.
- Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

- Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.
- Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.3. Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

- Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.
- Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.4. Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

- Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.
- Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.5. Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

- Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.
- Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.6. Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

- Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.7. Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

- Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.
- Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.8. Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

- Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.
- Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de hipertensos e diabéticos vamos adotar o Protocolo de HAS 2013, MS, (BRASIL, 2013a) e o Protocolo de DM 2013, MS, (BRASIL, 2013b). Utilizaremos as fichas individuais de hipertensos e diabéticos e as fichas espelhos disponíveis pelo curso. Estimamos alcançar com a intervenção 360 usuários hipertensos e 105 diabéticos, alguns deles com as duas doenças. Faremos contato com o gestor municipal para dispor das 465 fichas espelho necessárias e para imprimir as 465 fichas complementares que serão anexadas às fichas espelho. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa, as enfermeiras revisaram o livro de registro identificando todos os hipertensos e diabéticos que vieram ao serviço por qualquer motivo nos últimos quatro meses, localizaram os prontuários destes usuários e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizaram o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas, exames clínicos, laboratoriais e vacinas em atraso.

A fim de viabilizar a ação de monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos, cadastrados na UBS, e avaliar sua atenção precisamos dos prontuários individuais destes usuários, o livro de usuários atendidos na UBS nesse tempo avaliado, os registros de vacinas, medicamentos controlados. As enfermeiras revisaram e coletaram os dados e preencheram nas fichas espelhos, serão examinadas semanalmente as que faltem dados ou que estejam em atraso para busca ativa e ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.

Para viabilizar a ação de acolhimento dos hipertensos e diabéticos que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem. Usuários maiores de 20 anos que ao fazer a triagem, ficarem com pressão e/ou glucoteste elevado serão atendidos no mesmo turno para ampliar a captação de novos casos. Usuários hipertensos e diabéticos com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno para agilizar a conduta ou tratamento de urgências ou complicações. Usuários hipertensos e diabéticos que buscam consulta de rotina terão prioridade no agendamento e sairão da UBS com a próxima consulta agendada. Executará a ação a técnica de enfermagem de forma permanente e o responsável será a administradora.

Para sensibilizar a comunidade faremos contato com os usuários que vem à UBS, como os representantes da comunidade, igreja, escolas, centros laborais da área de abrangência, grupo de vizinhos dirigidos pelos ACS e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da realização do acompanhamento adequado dos usuários hipertensos e diabéticos. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação de usuários hipertensos e diabéticos e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

Para viabilizar a ação de capacitar a equipe para a utilização do protocolo, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual técnico de hipertensão e diabetes para que toda a equipe utilize esta referência na atenção à os hipertensos e diabéticos. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isso utilizaremos uma hora do horário utilizado para reunião de equipe. Um membro da equipe estudará o manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe. A responsável será a enfermeira.

Para viabilizar a ação de monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde e avaliar sua atenção precisamos dos prontuários individuais destes usuários. O médico e o odontólogo revisaram e coletaram os dados de realização ou não de exame clínico apropriado e as enfermeiras preencheram nas fichas espelhos, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica. Responsável será o médico.

Para sensibilizar aos usuários e a comunidade faremos contato com os que frequentam a UBS, como os representantes da comunidade, na igreja, escolas, centros laborais da área de abrangência, grupo de vizinhos dirigidos pelos ACS e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância de conhecer os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e da diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Para viabilizar a ação de capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado continuaremos com a capacitação sobre os protocolos adotados pela UBS, de hipertensão e diabetes, nas reuniões de equipe, para isto utilizaremos uma hora do horário utilizado para reunião de equipe. Um membro

da equipe estudará o manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe. A responsável será a enfermeira.

Para viabilizar a ação de monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na UBS e com a periodicidade recomendada precisamos dos prontuários individuais destes usuários. O médico e o odontólogo revisaram e coletaram os dados de realização ou não de exames laboratoriais solicitados, data dos anteriores exames e as enfermeiras preencheram nas fichas espelhos.

Para viabilizar a ação de garantir a solicitação dos exames complementares, na primeira consulta médica se indicaram todos os exames que se precisem, logo se indicaram os de seguimento em consultas posteriores, solicitaremos apoio do gestor municipal em agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo em uma semana ou 15 dias e estabelecer sistemas de alerta dos exames complementares preconizados de forma permanente no laboratório de exames com contra referência via telefônica de forma urgente. Responsável será o médico.

Para sensibilizar aos usuários e a comunidade faremos contato com os que frequentam a UBS, como os representantes da comunidade, igreja, escolas, centros laborais da área de abrangência, grupo de vizinhos dirigidos pelos ACS e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância de a necessidade da realização e a periodicidade com que devem ser realizados os exames complementares.

Para viabilizar a ação de capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares apoiaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual técnico de hipertensão e diabetes para que toda a equipe utilize esta referência na solicitação de exames complementares à os hipertensos e diabéticos. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto utilizaremos uma hora do horário utilizado para reunião de equipe. Um membro da equipe estudará essa parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe. Responsável será a enfermeira.

Para viabilizar a ação de monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia precisamos dos prontuários individuais destes usuários, os registros de medicamentos controlados de Hiperdia dos ACS, da farmácia da

UBS e farmácias populares na área de abrangência. As enfermeiras revisaram e coletaram os dados e preencheram nas fichas espelhos.

Para viabilizar a ação de realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS precisamos dos prontuários individuais destes usuários, os registros de medicamentos controlados de Hiperdia dos ACS, da farmácia da UBS e farmácias populares na área de abrangência. As enfermeiras revisaram e coletaram os dados e preencheram nas fichas espelhos, se examinaram semanalmente as que faltem algum os dados ou que estejam em atraso para busca ativa, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica. Solicitaremos apoio do gestor e responsável de medicamentos municipal.

Para sensibilizar aos usuários e a comunidade faremos contato com os que frequentam, como os representantes da comunidade, na igreja, escolas, centros laborais da área de abrangência, grupo de vizinhos dirigidos pelos ACS e apresentaremos o projeto esclarecendo quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Para viabilizar a ação de capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia realizaremos uma capacitação que ocorrerá na própria UBS, para isto utilizaremos uma hora do horário utilizado para reunião de equipe. Um membro da equipe estudará essa parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe. O responsável será a enfermeira. Para realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes nos apoiaremos nos cadernos de atenção básica sobre hipertensão e diabetes. O responsável será o médico.

Para viabilizar a ação de monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico precisamos dos prontuários individuais destes usuários, o livro de usuários atendidos na UBS nesse tempo avaliado, as fichas de trabalho dos ACS. As enfermeiras revisaram e coletaram os dados e preencheram nas fichas espelhos que serão examinadas semanalmente as que faltem algum dos dados ou que estejam em atraso para busca ativa, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.

Para viabilizar a ação de avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos e organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento deles provenientes dessa avaliação, proporemos pactuar com a equipe de odontologia ter opções variadas de atendimento para estes usuários de forma priorizada como consultas agendadas, de urgência e demanda espontâneas divididas na semana. Responsável será o médico.

Para sensibilizar aos usuários e a comunidade faremos contato com os que frequentam, como os representantes da comunidade, na igreja, escolas, centros laborais da área de abrangência, grupo de vizinhos dirigidos pelos ACS e apresentaremos o projeto esclarecendo sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Para viabilizar a ação de capacitar a ESF para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos apoiaremos a intervenção com a capacitação sobre saúde bucal. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto utilizaremos uma hora do horário utilizado para reunião de equipe. O odontólogo da equipe exporá o conteúdo aos outros membros da equipe e será o responsável.

Para viabilizar a ação de monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) precisamos dos prontuários individuais destes usuários, o livro de usuários atendidos na UBS nesse tempo avaliado, as fichas de trabalho dos ACS e os registros de usuários atendidos pelo médico, o odontólogo e a enfermeira. As enfermeiras revisaram e coletaram os dados e preencheram nas fichas espelhos, se examinaram semanalmente as que faltem algum os dados ou que estejam em atraso para busca ativa, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica. Responsável será a enfermeira.

Para viabilizar a ação de organizar visitas domiciliares para buscar os usuários faltosos e agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares, a enfermeira identifica os faltosos, dá a cada agente comunitário para que realize a busca ativa e agenda os usuários resgatados. Responsável será a enfermeira.

Para sensibilizar e educar aos usuários e a comunidade faremos contato com os que chegam a unidade, como os representantes da comunidade, na igreja, escolas, centros laborais da área de abrangência, grupo de vizinhos convocados

pelos ACS e apresentaremos o projeto esclarecendo sobre a importância de realização e a periodicidade preconizada das consultas.

Para viabilizar a ação de capacitar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade apoiaremos a intervenção com a capacitação aos ACS sobre acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto utilizaremos uma hora do horário utilizado para reunião de equipe. Um membro da equipe exporá o conteúdo aos outros membros da equipe. O responsável será a enfermeira.

Para viabilizar a ação de monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos na unidade de saúde precisamos dos prontuários individuais destes usuários, o livro de usuários atendidos na UBS nesse tempo avaliado, as fichas de acompanhamento de hipertensos e diabéticos dos ACS e os registros de usuários atendidos pelo médico, o odontólogo e a enfermeira. As enfermeiras revisaram e coletaram os dados e preencheram nas fichas espelhos, se examinaram semanalmente as que faltem algum os dados ou que estejam em atraso para busca ativa, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica. Responsável será a enfermeira.

Para agilizar a ação de manter as informações do SIAB atualizadas, a ficha de acompanhamento, organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença e pactuar com a equipe o registro das informações definimos a responsável dessas atividades a enfermeira que o examinara semanalmente para recuperar qualquer situação e ao final de cada mês preencher os resultados.

Para educar aos usuários e a comunidade faremos contato com os que chegam a unidade, como os representantes da comunidade, na igreja, escolas, centros laborais da área de abrangência, grupo de vizinhos convocados pelos ACS apresentaremos o projeto esclarecendo sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Para viabilizar a ação de capacitar a ESF no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético e para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas apoiaremos a

intervenção com a capacitação sobre acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto utilizaremos uma hora do horário utilizado para reunião de equipe. O médico da equipe exporá o conteúdo aos outros membros da equipe e será o responsável da atividade.

Para viabilizar a ação de monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano precisaremos dos prontuários individuais destes usuários, o livro de usuários atendidos na UBS nesse tempo avaliado, as fichas de acompanhamento de hipertensos e diabéticos dos ACS e os registros de usuários atendidos pelo médico, o odontólogo e a enfermeira. As enfermeiras revisaram e coletaram os dados e preencheram nas fichas espelhos, se examinaram semanalmente as que faltem algum os dados ou que estejam em atraso para busca ativa, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica. Responsável será a enfermeira.

Para viabilizar a ação de priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e organizar a agenda para o atendimento desta demanda o médico com o primeiro atendimento de cada usuário o classifica de acordo ao risco e agenda sua consulta priorizando os de alto risco, os usuários classificados por a enfermeira ou outro profissional da equipe agendará uma consulta em qualquer tipo (agendada, demanda espontânea ou urgência).

Para sensibilizar e educar aos usuários e a comunidade faremos contato com os que chegam a UBS, como os representantes da comunidade, na igreja, escolas, centros laborais da área de abrangência, grupo de vizinhos convocados pelos ACS e apresentaremos o projeto esclarecendo quanto ao seu nível de risco, à importância do acompanhamento regular e à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Para viabilizar a ação de capacitar a ESF para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e a avaliação dos pés, a importância do registro desta avaliação e quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis apoiaremos a intervenção com a capacitação sobre acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isso utilizaremos uma hora do horário utilizado para reunião de equipe. O médico da equipe exporá o conteúdo aos outros membros da equipe e será o responsável.

Para viabilizar a ação de monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos precisaremos dos prontuários individuais destes usuários, o livro de usuários atendidos na UBS nesse tempo avaliado, as fichas de acompanhamento de hipertensos e diabéticos dos ACS e os registros de usuários atendidos pelo médico, o odontólogo e a enfermeira. As enfermeiras revisaram e coletaram os dados e preencheram nas fichas espelhos, se examinaram semanalmente as que faltem algum os dados ou que estejam em atraso para busca ativa, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica. Responsável a enfermeira.

Para viabilizar a ação de organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável faremos grupos de usuários hipertensos e diabéticos misturados com usuários com fatores de risco e realizaremos atividades de grupo com apoio dos ACS e os nutricionistas da unidade e de NASF, e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade faremos extensivo estas atividades a comunidade, centros públicos e laborais.

Para sensibilizar e educar aos hipertensos, diabéticos e seus familiares faremos contato com os que chegam a UBS, como os representantes da comunidade, na igreja, escolas, centros laborais da área de abrangência, grupo de vizinhos convocados pelos ACS e apresentaremos o projeto esclarecendo sobre a importância da alimentação saudável.

Para viabilizar a ação de capacitar a ESF sobre práticas de alimentação saudável e metodologias de educação em saúde apoiaremos a intervenção com a capacitação sobre estes temas. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto utilizaremos uma hora do horário utilizado para reunião de equipe. O nutricionista da unidade exporá o conteúdo aos membros da equipe. O responsável será o médico.

Para viabilizar a ação de monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos precisaremos dos prontuários individuais destes usuários, o livro de usuários atendidos na UBS nesse tempo avaliado, as fichas de acompanhamento de hipertensos e diabéticos dos ACS e os registros de usuários atendidos pelo médico, o odontólogo e a enfermeira. As enfermeiras revisaram e coletaram os dados e preencheram nas fichas espelhos, se examinaram semanalmente as que faltem algum os dados ou que estejam em atraso para busca ativa, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica. Responsável será a enfermeira.

Para viabilizar a ação de organizar práticas coletivas para orientação de atividade física faremos grupos de usuários hipertensos e diabéticos misturados com usuários com fatores de risco e realizaremos atividades de grupo com apoio dos ACS e o educador físico da equipe NASF, e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade faremos extensivo estas atividades a comunidade, centros públicos e laborais.

Para orientar os hipertensos, diabéticos e a comunidade faremos contato com os que chegam a UBS, como os representantes da comunidade, na igreja, escolas, centros laborais da área de abrangência, grupo de vizinhos convocados pelos ACS e apresentaremos o projeto esclarecendo sobre a importância da prática de atividade física regular.

Para viabilizar a ação de capacitar a ESF sobre a promoção da prática de atividade física regular e metodologias de educação em saúde apoiaremos a intervenção com a capacitação sobre estes temas. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto utilizaremos uma hora do horário utilizado para reunião de equipe. O educador físico da equipe NASF exporá o conteúdo aos membros da equipe. O responsável será o médico.

Para viabilizar a ação de monitorar a realização sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos precisaremos dos prontuários individuais destes usuários, o livro de usuários atendidos na UBS nesse tempo avaliado, as fichas de acompanhamento de hipertensos e diabéticos dos ACS e os registros de usuários atendidos pelo médico, o odontólogo e a enfermeira. As enfermeiras revisaram e coletaram os dados e preencheram nas fichas espelhos, se examinaram semanalmente as que falem algum os dados ou que estejam em atraso para busca ativa, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica. Responsável a enfermeira.

Para viabilizar a ação de demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo". Realizaremos apresentação do caso tabagismo como fator de risco importante, pediremos apoio a secretaria de saúde apresentando o tema desenvolvido.

Para orientar os hipertensos, diabéticos tabagistas faremos contato com os que chegam a UBS, como os representantes da comunidade, na igreja, escolas, centros laborais da área de abrangência, grupo de vizinhos convocados pelos ACS e

apresentaremos o projeto esclarecendo sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Para viabilizar a ação de capacitar a ESF para o tratamento de usuários tabagistas e sobre metodologias de educação em saúde apoiaremos a intervenção com a capacitação sobre estes temas. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto utilizaremos uma hora do horário utilizado para reunião de equipe. O médico exporá o conteúdo aos membros da equipe e será o responsável.

Para viabilizar a ação de monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos precisamos dos prontuários individuais destes usuários, o livro de usuários atendidos na UBS nesse tempo avaliado, as fichas de trabalho dos ACS. As enfermeiras revisaram e coletaram os dados e preencheram nas fichas espelhos, se examinaram semanalmente as que falem algum os dados ou que estejam em atraso para busca ativa, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.

Para viabilizar a ação de organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual o médico atenderá 20 minutos por consulta para um total de 12 usuários por sessão de trabalho. Responsável o médico.

Para orientar os hipertensos, diabéticos e seus familiares faremos contato com os que chegam a unidade, como os representantes da comunidade, na igreja, escolas, centros laborais da área de abrangência, grupo de vizinhos convocados pelos ACS e apresentaremos o projeto esclarecendo sobre a importância da higiene bucal.

Para viabilizar a ação de capacitar a ESF para oferecer orientações de higiene bucal apoiaremos a intervenção com a capacitação sobre estes temas. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto utilizaremos uma hora do horário utilizado para reunião de equipe. O odontólogo exporá o conteúdo aos membros da equipe. O responsável será o médico.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Conforme orientação do curso, houve a necessidade do encurtamento da intervenção de 16 para 12 semanas, para que fosse possível ajustar as defesas e a finalização da Turma 7 ao calendário estabelecido com a Universidade.

Em relação às ações previstas no projeto que foram desenvolvidas e examinando as facilidades e dificuldades encontradas e as que foram cumpridas integralmente ou parcialmente podemos dizer que o ponto mais importante foi a atenção integral de usuários. Os usuários comparavam com consultas anteriores e gostaram da mudança, ao verem, por exemplo, o tempo de desenvolvimento na consulta, a união de toda equipe em função do único indivíduo e ficaram agradecidos.

Tivemos muitas facilidades como uma unidade com boas condições construtivas, equipamento e equipes completas. As ações previstas no eixo "Monitoramento e Avaliação" foram desenvolvidas durante a intervenção através do cadastramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos e do preenchimento diário da planilha de coleta de dados fornecida pelo curso, a qual foi acompanhada e atualizada com dados parciais da intervenção semanalmente por mim e por toda ESF durante nossas reuniões de equipe.

A triagem que se realizava incompleta mudou para ser mais abrangente buscando uma avaliação antropométrica mais integral do usuário, as enfermeiras no início não realizavam as consultas segundo o protocolo, agora trabalham com eles dentro de seu cronograma de trabalho e a tarefa foi sendo cumprida e os resultados estão perto das estimativas pleiteadas para o tempo de desenvolvimento das ações, além de ter cumprido integralmente a inter-relação entre os diferentes profissionais da equipe, que anteriormente não existia, mas depois com o conhecimento e estudo

da ação programática todos começaram a olhar a melhora na atenção integral de cada usuário. No começo, por exemplo, tínhamos só uma equipe de odontologia e era difícil atender todos os usuários, já hoje, com duas equipes é possível até fazer visitas domiciliares aos idosos acamados ou com impossibilidade de locomoção.

No eixo "Organização e Gestão do Serviço" as reuniões com a ESF foram efetivadas, inicialmente com a apresentação do Projeto, da ficha espelho da intervenção e da planilha de coleta de dados e posteriormente discutíamos os resultados na reunião monitorando casos prioritários de acompanhamento como forma de organizar o processo de trabalho da equipe buscando atender de forma integral as necessidades dos usuários.

Em relação ao eixo "Qualificação da Prática Clínica", as ações planejadas no cronograma de trabalho por exemplo, as capacitações da equipe, foram desenvolvidas integralmente, algumas em tempo e data diferente ao planejado pelos problemas que apareciam de momento, reforçando-se em outras reuniões aspectos como organização e planejamento da quantidade de usuários a ser atendidos, as equipes de acolhimento e sua importância, melhorando e conduzindo as atividades até obter os resultados esperados.

Desde o começo os usuários foram acolhidos, os já conhecidos, começou-se a busca ativa de novos usuários e faltosos a consultas programadas ou com exames complementares atrasados, o cadastramento, monitoramento foi ao mesmo tempo, anteriormente ao projeto não era assim e hoje já é rotina de trabalho na UBS.

Em relação ao eixo "Engajamento Público", a mobilização dos usuários hipertensos e/ou diabéticos e familiares para a participação na intervenção não encontramos dificuldades, pois contou com a participação de toda ESF, da ajuda dos ACS e da gestão que contribuiu na divulgação e promovendo assim maior participação social. As orientações e divulgação à toda a população foram feitas em diferentes espaços e momentos do dia de trabalho e continua sendo uma parte importante da promoção e prevenção diária, fizeram-se ações educativas coletivas e troca de experiência com a comunidade onde expusemos nossos objetivos e ouvimos as ideias dos usuários e famílias incorporando algumas delas a nosso trabalho diário.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Dentro das ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, descrevendo o motivo pelos quais estas ações não puderam ser realizadas temos que a quantidade de usuários planejados por dias e semanas podemos relatar que a equipe não compreendia no início a magnitude do projeto, o que precisava na realidade os usuários desta UBS nem o conteúdo das ações programáticas e livros de atenção básica.

Outras coisas que infelizmente não tiveram sucesso ainda foi a licitação dos medicamentos de hiperdia na farmácia da unidade, fato que provoca que os usuários só venham na unidade buscando a receita controlada porque se cadastram na farmácia popular e buscam os medicamentos lá, a receita vale quatro meses, além ainda não chegam as tiras reativas para o glicômetro para fazer a triagem completa porque ainda não se executa a verificação de glicemia aos usuários diabéticos e os hipertensos com PA acima de 135x85 mmHg antes da consulta controle.

As folhas das fichas espelhos foram impressas ao final do primeiro mês de trabalho, a secretaria de saúde do município, a prefeitura por meio da apoiadora do PMAQ para nossa unidade, no início quando expôs meu projeto, comprometiam-se a ajudar, mas infelizmente não obtivemos essa ajuda.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

As dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção foram no início já o fechamento das planilhas de coletas de dados começou atrasado já que não tínhamos as folhas impressas mas depois normalizou-se e o cálculo dos indicadores até este momento estão acontecendo de forma a permitir o monitoramento de nossas ações.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Analisando a incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e da viabilidade da continuidade da ação programática como rotina, mesmo com a finalização do curso, podemos relatar que a intervenção está integrada à rotina, as

equipes de acolhimento foi outro motivo de fala em reuniões de equipe até considera-lo como vital para o desenvolvimento do fluxo de usuários pela unidade, este último aspecto vai melhorando com a prática contínua. No eixo "Organização e Gestão do Serviço", a ficha de atendimento aos Hipertensos e/ou diabéticos pode ser incorporada no prontuário dos usuários, de forma a ajudar a mantê-lo organizado e com dados sistematizados. E os dados obtidos são avaliados como forma de aprimorar nossas ações fortalecendo o eixo "Monitoramento e Avaliação".

Continuamos a luta por cumprir com as expectativas dos usuários e do MS no Brasil no dia a dia, ao final das consultas buscamos os faltosos e entregamos para os agentes para que façam busca ativa dentro da própria semana e na reunião mensal avaliamos o desenvolvimento desta ação programática. No eixo "Engajamento Público", atividades educativas foram realizadas e devem ser mantidas, tanto na própria UBS quanto em ambientes comunitários.

No eixo "Qualificação da Prática Clínica", procuramos manter educação continuada, como a realização de atividades de educação em serviço, a fim de estabelecer um cronograma de capacitações que contribua para proporcionar um maior conhecimento acerca dos temas de interesse coletivo e possibilite reforçar o compromisso e as atribuições tanto da ESF. As consultas médicas vão melhorando quanto a quantidade como a qualidade, as enfermeiras incrementam o atendimento assim como outros motivos de consultas que não precisam avaliação médica, o resto dos profissionais gostam do trabalho em equipe, os ACS já tem em suas mãos ferramentas para desenvolver atividades na sua micro áreas, na reunião mensal do PMAQ com a apoiadora, levamos opiniões de melhoras para o desenvolvimento do trabalho em equipe para depois demarcar como linha de trabalho e estender a outras unidades do território.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1. Cadastrar 80% dos hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

A intervenção tratou da melhoria da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos. Na área adstrita à UBS existiam 454 hipertensos (10,29%) da população adulta e 132 diabéticos (2,99%) cadastrados. A estimativa de pessoas com 20 anos ou mais hipertensos (segundo VIGITEL 2011) para o total de população (22,7%) 671 usuários, e para diabéticos (5,6%) 166 usuários, entretanto a intervenção atingiu 400 hipertensos e 102 diabéticos cadastrados, ou seja, 59,6% e 61,4% de cobertura respectivamente (Figura 1 E Figura 2).

Anterior ao projeto as consultas só eram assistenciais, muito superficiais sem acompanhamento real, os motivos que contribuíram para atingir as metas propostas agora é que existe um cadastramento real, os usuários cadastrados tem uma folha de ficha espelho com todos os dados que pede o programa e isso permite a melhora o acolhimento e acompanhamento dos usuários.

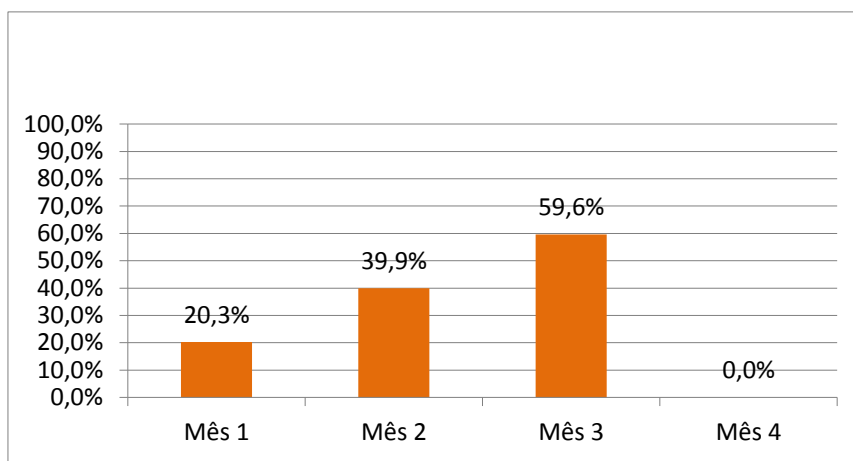


FIGURA 1. Gráfico representativo da cobertura do programa de atenção ao hipertenso da unidade de saúde de Dr. Pedro Diógenes Junior- RN

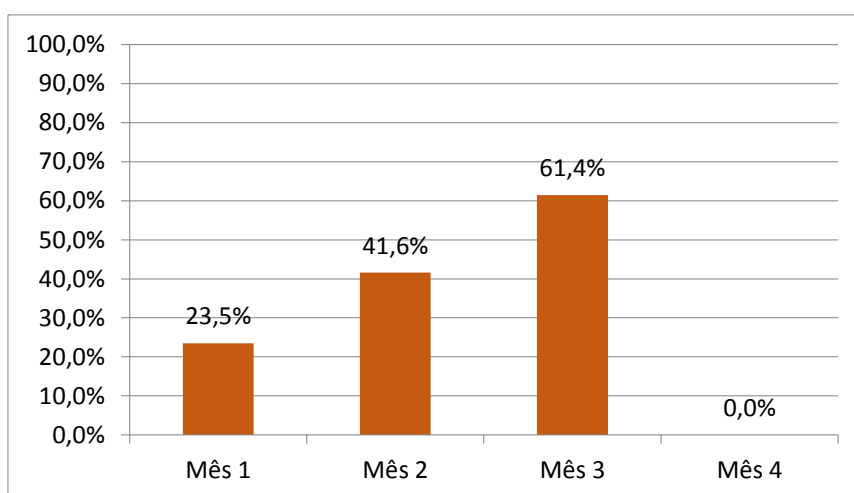


FIGURA 2. Gráfico representativo da cobertura do programa de atenção ao diabético da unidade de saúde de Dr. Pedro Diógenes Junior- RN

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

Descrição quantitativa

O total de usuários atendidos no projeto foi 400 (59,6%) hipertensos e 102 (61,4%) diabéticos. Todos eles têm uma consulta integral, com exame clínico apropriado, cefalo-caudal, buscando sinais precoces de complicações ou eventos cardiovasculares.

Descrição qualitativa

Antes do projeto, as consultas de hiperdia só eram para renovar receitas, trocar a medicação ou indicar exames complementares, hoje 100% dos usuários cadastrados tem o exame clínico apropriado. Os motivos que contribuíram para atingir as metas e que o usuário tem direito a uma consulta de qualidade, com um exame clínico completo que vá dirigido na busca ativa de complicações futuras, o que atrapalhou para que não conseguisse melhores resultados foi o tempo de consulta que precisa ser de maior tempo (eu utilizei 20 minutos por usuário) mas com o concentrado da ação programática em pouco tempo para desenvolver (este trabalho é para ser constante, na rotina durante todo o ano), as outras ações programáticas e a necessidade de atendimento maior nessa UBS.

Meta 2. Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Descrição quantitativa

Os 400 (59,6%) hipertensos e 102 (61,4%) diabéticos cadastrados no projeto têm realizado os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Descrição qualitativa

Antes do projeto os exames complementares eram indicados sem um período ideal entre eles ou não existia um acompanhamento real para avaliar esses exames. Agora 100% dos usuários cadastrados têm avaliados os exames e incorporados ao risco global da doença.

Os motivos que contribuíram para atingir as metas é o fato de um bom acompanhamento com uma classificação inicial quando se cadastra o usuário com todos os dados obtidos do interrogatório e exame físico completo e posteriormente a avaliação secundária pela análise dos resultados dos exames complementares que em conjunto fazemos a classificação do risco do usuário.

Meta 3. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Descrição quantitativa

O total dos usuários, os 400 (59,6%) hipertensos e 102 (61,4%) diabéticos cadastrados tem os medicamentos prescritos da farmácia popular.

Descrição qualitativa

Antes da intervenção muitos usuários compravam a medicação, outros tomavam de forma irregular, por falta na farmácia da unidade ou falta de receita médica, pouco conhecimento das vantagens do programa, agora 100% dos usuários são cadastrados na farmácia popular e obtêm os medicamentos gratuitamente mensalmente. A receita é válida por quatro meses e existe a forma de avaliar se o usuário busca e recebe a medicação, os motivos que contribuiriam para atingir as metas foram que não existe um bom acompanhamento de doença crônica sem um tratamento farmacológico adequado e constante, que pode ser trocado se não dá certo. O que atrapalhou para que não conseguisse melhorar resultados, foram que muitos usuários, maioria idosos, com várias doenças são acompanhados pelos especialistas de atenção secundária, tinham politerapia medicamentosa indicadas que não conseguiam na farmácia popular.

Meta 4. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos.

Descrição quantitativa

Todos os usuários, os 400 (59,6%) hipertensos e 102 (61,4%) diabéticos cadastrados tem avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Descrição qualitativa

Os motivos que contribuíram para atingir as metas foram que para que exista uma avaliação integral, a cavidade oral fica dentro deste exame, no projeto contempla que cada usuário tenha uma avaliação bucal não só no exame clínico feito pelo dentista na busca de doenças bucais tratáveis ou pré-malignas e malignas, há que lembrar que um por cento elevado de usuários são fumadores ativos, passivos ou foram fumantes. Todos os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados tem essa avaliação bucal dentro do exame clínico e encaminhamento ao dentista da unidade que prioriza os usuários do projeto, o que atrapalhou um pouco costume desta avaliação dentre os usuários, que existiam alguns deles que não podiam vir até a unidade e assim levamos a equipe até sua casa, mas atingimos 100% dos usuários cadastrados com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Indicador 3. Adesão da ação programática.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 1. Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Descrição quantitativa

Os 400 (59,6%) hipertensos e 102 (61,4%) diabéticos cadastrados no projeto tiveram adesão ao programa, os usuários hipertensos e diabéticos faltosos às consultas (87 e 31 respectivamente) foram resgatados.

Descrição qualitativa:

Os motivos que contribuiriam para atingir as metas foram que antes não existia acompanhamento real segundo o protocolo, agora com o projeto, 100% dos usuários hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde, são buscados pelos ACS e resto da equipe mediante a busca ativa, conforme a periodicidade recomendada são avaliados nas consultas novamente, repete-se exames complementares, modificasse o risco de doença cardiovascular, até se precisa uma segunda opinião encaminha-se para os especialistas de atenção secundária.

Indicador 4. Registro da ação programática.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Descrição quantitativa

O total dos usuários cadastrados no programa, 400 (59,6%) hipertensos e 102 (61,4%) diabéticos, tem o registro adequado segundo a ação programática.

Descrição qualitativa

Os motivos que contribuírem para atingir as metas foram que anteriormente ao projeto não tínhamos o número total do cadastro, os dados demoravam em ser monitorados novamente, mas agora cada usuário cadastrado no programa tem uma ficha de acompanhamento com os dados que exige o protocolo, onde se monitoram as ações desenvolvidas. Sua qualidade e seus registros trocam com cada ação indicada de forma particular. O que atrapalhou para que não conseguisse melhores resultados foi que as folhas impressas chegaram ao final do segundo mês e atrasou o trabalho organizado, a falta de dados pessoais e gerais de cada usuário foi sendo incluído sistematicamente até obter 100% dos usuários cadastrados com registro adequado na ficha do acompanhamento.

Indicador 5. Avaliação de risco da ação programática.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Descrição quantitativa

Os usuários cadastrados no programa, 400 (59,6%) hipertensos e 102 (61,4%) diabéticos, têm estratificação do risco cardiovascular segundo a ação programática e são mapeados por micro áreas de saúde e ACS.

Descrição qualitativa

Uma parte importante e vital do projeto foram os motivos que contribuiriam para atingir as metas foram que todos os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados tem avaliação e estratificação do risco cardiovascular, segundo o protocolo estabelecido, este é monitorado em consultas periódicas pela soma de riscos isolados que apresenta, ou seja é ativo e permite acompanhamento diferenciado.

Indicador 6. Promoção da saúde da ação programática.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Descrição quantitativa

Todos os usuários, 400 (59,6%) hipertensos e 102 (61,4%) diabéticos, cadastrados no programa têm orientação nutricional sobre alimentação saudável segundo a ação programática.

Descrição qualitativa

Os motivos que contribuíram para atingir as metas e que é uma condição indispensável que 100% dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados tinham orientação nutricional sobre alimentação saudável em cada consulta controle (FIGURAS 17 e 18) e outras que propiciem esses propósitos, avaliamos como e compreendida esta ação periodicamente, além disso, nós apoiamos o nutricionista da UBS nas atividades educativas sobre o tema, sinalizamos aos usuários sobre doenças crônicas e a necessidade de conhecer e aplicar uma alimentação saudável.

Meta 2. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Descrição quantitativa

Todos os usuários, 400 (59,6%) hipertensos e 102 (61,4%) diabéticos, cadastrados no programa têm orientação em relação à prática regular de atividade física segundo a ação programática.

Descrição qualitativa

Procuramos realizar o que fosse possível para uma atenção diferenciada e sustentada dos 100% dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados. Eles tiveram orientação em relação à prática regular de atividade física em cada consulta de controle e outras que propiciem esses propósitos. Avaliamos como é compreendida esta ação periodicamente, além nós apoiamos com o fisioterapeuta e educadora física da equipe NASF da unidade e eles com os educadores físicos que trabalham nas praças e locais para essas atividades, nas atividades educativas sobre o tema sinalizamos aos usuários com doenças crônicas como principais participantes desta ação, o que atrapalhou para que não conseguissem melhores resultados foram os tabus e crenças erradas da população sobre o tema, os estilos de vida sedentários da população, sobre todo, os idosos, hoje 100% dos usuários cadastrados tem orientação sobre a prática de atividade física regular.

Meta 3. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Descrição quantitativa

Todos os usuários, 400 (59,6%) hipertensos e 102 (61,4%) diabéticos, cadastrados no programa têm orientação sobre os riscos do tabagismo segundo a ação programática.

Descrição qualitativa

O tabagismo é um mal que atinge o mundo inteiro. Os motivos que contribuirão para atingir as metas são que os riscos do tabagismo sobre as pessoas com doença crônica e pessoas saudáveis são cada vez mais elevados. 100% dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados tiveram orientação sobre os riscos do tabagismo em cada consulta de controle e outras que propiciem esses propósitos. Avaliamos como é compreendida esta ação periodicamente, além nós apoiamos

com o fonoaudiólogo e psicóloga da equipe NASF da unidade quem tem os grupos de fumantes ativos e trabalhando nas atividades educativas sobre o tema sinalizamos aos usuários com doenças crônicas e suas famílias como principais alvos frente a esse risco. O que atrapalhou para que não conseguisses melhores resultados foram os tabus e crenças erradas da população sobre o tema, os estilos de vida e hábitos tóxicos ruins. Hoje 100% dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Meta 4. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Descrição quantitativa

Todos os usuários, 400 (59,6%) hipertensos e 102 (61,4%) diabéticos, cadastrados no programa têm orientação sobre higiene bucal segundo a ação programática.

Descrição qualitativa

A avaliação bucal por muito tempo era dirigida só para usuários doentes e a promoção e prevenção só era aplicada às crianças nas escolas e as gestantes de forma irregular. Os motivos que contribuirão para atingir as metas estabelecidas foram trocar essas formas de atenção médica, tentar colocar todos os sistemas de órgãos do corpo humano numa avaliação integral, 100% dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados tem orientação sobre higiene bucal em cada consulta controle e outras que propiciem esses propósitos, avaliamos como e compreendida esta ação periodicamente, além nós apoiamos com as equipes odontológicas da unidade quem fazem avaliação e/ou tratamentos a estes usuários, nas atividades educativas sobre o tema sinalizamos aos usuários com doenças crônicas como principais usuários frente a esse risco.

4.2 Discussão

A intervenção na UBS, além de meu orgulho pessoal e satisfação do dever cumprido, propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos como exemplo de que o acompanhamento dos usuários de SUS no Brasil pode melhorar, ajudei também a melhorar os registros destes usuários e qualificar a atenção com destaque para a ampliação do exame dos pés nos diabéticos e para a classificação de risco cardiovascular de ambos os grupos.

A intervenção exigiu que a equipe toda se capacitasse para seguir as recomendações do MS relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. Esta atividade promoveu o trabalho integrado do médico e o acompanhamento além das outras ações desempenhadas começarão o acompanhamento de HIPERDIA como solicita o MS. Além desse papel de destaque dos ACS, toda a ESF se envolveu na intervenção.

Eu como médico na realização dos atendimentos diariamente aos usuários hipertensos e diabéticos juntamente com a enfermeira da equipe, nas atividades educativas e palestras realizadas, a técnica de enfermagem na ajuda aos atendimentos e liberação de medicações entre outros. A recepção que aprendeu a dar repostas adequadas as inquietudes ou solicitudes dos usuários e a melhorar a organização dos arquivos.

Os ACS aprenderam outras formas de melhorar seu trabalho, a pesquisa ativa de usuários com fatores de risco para essas doenças, a busca ativa de usuários faltosos as consultas controle ou sem avaliação de seus exames complementares e avaliação de risco, além de outros importantes integrantes como as equipes de odontologia que reajustarão seu cronograma para priorizar o acompanhamento dos usuários inclusos no projeto até os que tinham impossibilidade de chegar na UBS realizando as visitas domiciliares.

E por último e não menos importante a equipe NASF, que sem seu apoio não seria possível atingir com qualidade a um grupo importante de usuários com outras doenças ou complicações adicionadas. Isto acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço como por exemplo a qualidade dos registros e

acompanhamento adequado de outras ações programáticas como a puericultura, o pré-natal, a prevenção de cânceres de colo de útero e de mamas.

Antes da intervenção as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes eram concentradas no médico. Com a intervenção revimos as atribuições da equipe viabilizando a atenção à um maior número de pessoas. É importante adicionar que o trabalho em equipe e o acolhimento ajudaram para o alcance dos objetivos propostos.

A melhoria do registro e o agendamento dos Hipertensos e Diabéticos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea, o acolhimento adequado permitiu diminuir o tempo de espera dos usuários para ser atendidos e obter uma resposta adequada a suas inquietudes ou doenças.

O impacto da intervenção é bem percebido pela comunidade, apoiam o desenvolvimento do exame físico integral e a integralidade do acompanhamento, a maioria das famílias que tem um familiar doente ou com fatores de risco para desenvolver uma das doenças colaboram com o acompanhamento. Os hipertensos e diabéticos cadastrados demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, porém gera insatisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade que desconhecem o motivo desta priorização, ali é onde a promoção em saúde faz efeito, as palestras, as informações verbais, visuais diárias tem esse objetivo alvo concretizado.

Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos hipertensos e diabéticos sem cobertura, alguns porque tem acompanhamento médico particular, outros porque não foram diagnosticados ainda e outros porque desconhecem o SUS.

A intervenção poderia ter sido mais abrangente se desde o início eu tivesse discutido as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe com a população, o estudo aprofundado do porquê é necessário melhorar o acompanhamento deste grupo prioritário, a necessidade de trocar tabus, formas de pensar e atuar da população e trabalhadores da saúde. Também faltou mais relação e envolvimento com a comunidade para explicitar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de implementar isto. Percebo que a equipe está mais integrada, porém, como vamos incorporar a intervenção a rotina do serviço, teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas. A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido cruciais para apoiar a

priorização do atendimento dos mesmos, a conversa com eles frutifica e tem maior conhecimento do risco para sua vida se trocassem os modos, estilos de vida e do encarar suas doenças.

A intervenção foi incorporada na rotina do serviço. Para isto, ampliamos o trabalho de informação, divulgação e conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco. Notamos que as faltas de algumas informações em nossos registros acabaram prejudicando a coleta de alguns indicadores.

A partir do próximo mês, quando teremos disponíveis todos os ACS para a totalidade do micro áreas e o resto da equipe funcionando pretendemos investir na ampliação da cobertura dos hipertensos e diabéticos. Considerando este projeto como exemplo, também pretendemos implementar o programa de pré-natal, puericultura, prevenção do câncer de colo de útero e mamas de forma paulatina na UBS.

5 Relatório da intervenção para gestores

Caros gestores,

Objetivando qualificar os profissionais da Estratégia Saúde da Família - ESF do Sistema Único de Saúde - SUS e proporcionar o aperfeiçoamento da gestão e da organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde, a qualificação da prática clínica, a avaliação e monitoramento em saúde, a participação social, surgiu a proposta do Ministério da Saúde - MS de ofertar em escala nacional o curso de especialização em saúde da família por meio da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) o qual procurei cursar como forma de qualificar a atenção à saúde junto a minha equipe.

Na UBS Dr. Pedro Diógenes Junior, com o esforço da equipe em conjunto, conseguimos ampliar a cobertura de atenção de qualidade aos usuários portadores de hipertensão e diabetes, sendo nosso objetivo principal. A intervenção foi planejada para alcançar 80% (536 usuários) hipertensos e 80% (133 usuários) diabéticos desta Unidade em 16 semanas de trabalho. Entretanto a intervenção atingiu (59,6%) 400 hipertensos e (61,4%) 102 diabéticos cadastrados e incorporados ao novo sistema de acompanhamento em 12 semanas de desenvolvimento do projeto.

Continuaremos trabalhando para alcançar 100%, não conseguimos pelo tempo disponibilizado, sendo incorporado na rotina de nosso atendimento. Os indicadores de qualidade ficaram todos com resultado de 100%. Examinamos todos os usuários que atendemos, pedimos e analisamos exames, avaliamos o risco cardíaco de cada um, estimulamos a participação nas consultas, realizamos palestras educativas, orientamos quanto a realização de atividades físicas,

alimentação saudável, higiene bucal, cadastramos os que não possuíam cadastro do programa Hiperdia que é o programa de atenção aos hipertensos e diabéticos da unidade, orientamos os tratamentos corretamente, orientamos como pegarem medicações gratuitamente na própria UBS e prescrevemos essas medicações em detrimento de medicações que não participam do programa, registramos os dados das consultas detalhadamente nos prontuários, os informando que aquilo era um documento que os pertencia e a qualquer momento poderiam solicitar. A atenção realizada foi excelente e a população ficou satisfeita.

Foi muito importante no desenvolvimento do projeto a ação e ajuda da gestão, desde o início, compreenderam o motivo da escolha, apoiaram o investimento nas ações propostas, ajudaram a melhorar a rota crítica dos exames complementares, os encaminhamentos desses usuários, além de ter disponibilizado o material utilizado. Também foi disponibilizado as folhas espelhos em quantidade suficiente para o trabalho ser feito, e por ser uma população volumosa e precisávamos de uma quantidade considerável. Com sua cooperação conseguimos abastecer-nos das mesmas, nas reuniões mostraram apoio às propostas que vão inserindo-se segundo apareciam situações ou dificuldades.

Alguns aspectos da gestão que, se melhorados, poderiam ajudar a qualificar ainda mais o serviço viabilizariam a ampliação da intervenção e/ou a implementação de outras ações programáticas tais como a aquisição das tiras reativas para o glicômetro para obter uma triagem de qualidade total, a permanência e/ou frequência de entrada dos medicamentos de hiperdia na farmácia da unidade ajudaria muito que os usuários não ficassem em descontrole pela falta de medicação e além de estender esse projeto a outras unidades do município para padronizar a atenção dos usuários acometidos com essas doenças.

Desde já agradecemos a parceria e apoio!

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Caros usuários,

Objetivando qualificar os profissionais da Estratégia Saúde da Família - ESF do Sistema Único de Saúde - SUS e proporcionar o aperfeiçoamento da gestão e da organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde, a qualificação da prática clínica, a avaliação e monitoramento em saúde, a participação social, surgiu a proposta do Ministério da Saúde - MS de ofertar em escala nacional o curso de especialização em saúde da família por meio da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) o qual procurei cursar como forma de qualificar a atenção à saúde junto a minha equipe.

Venho informar que nossa intervenção tratou da melhoria da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos. Não alcançamos a meta proposta pela quantidade total a ser atendida. A intervenção foi planejada para alcançar 80% (536 usuários) hipertensos e 80% (133 usuários) diabéticos desta UBS em 16 semanas de trabalho. Entretanto a intervenção atingiu um 59,6% (400 hipertensos) e um (61,4%) 102 diabéticos cadastrados e incorporados ao novo sistema de acompanhamento em apenas 12 semanas de desenvolvimento do projeto, o que limitou o alcance de melhores resultados.

Conforme percebem, a nossa comunidade é muito extensa e no tempo disponibilizado foi impossível chegar até o pactuado no início, além disso informamos que buscamos realizar um atendimento qualificado a vocês. Alcançamos todos os indicadores de qualidade ao máximo garantindo o acesso de todos as ações de saúde.

Percebemos a satisfação de vocês com o trabalho feito de forma geral, antes de nossa intervenção não tinha nenhum dia marcado para o atendimento destes usuários, não tinha médico de forma regular, as consultas ocasionais eram só assistenciais, para dar receitas ou indicar e avaliar exames. O envolvimento dos hipertensos e diabéticos na melhoria de sua saúde é de vital importância porque são doenças que são causas de mortalidade muito frequente além das complicações que derivam dessas doenças e as pessoas acima de 60 anos são os que mais apresentam esses acometimentos. Ressaltamos que se essas doenças forem descobertas o quanto antes permite fazer um tratamento eficaz e evitar as complicações. Assim com um acompanhamento de qualidade acaba-se evitando casos fatais.

No início da intervenção a população não percebia a importância do projeto, mas com o decorrer da mesma e com o trabalho educativo feito por nossa equipe em conjunto na UBS e no domicílio, a nossa comunidade passou a procurar a Unidade para ter uma atenção de qualidade e hoje já está feita.

A intervenção foi planejada para alcançar 80% (536 usuários) hipertensos e 80% (133 usuários) diabéticos desta Unidade em 16 semanas de trabalho. Entretanto a intervenção atingiu (59,6%) 400 hipertensos e (61,4%) 102 diabéticos cadastrados e incorporados ao novo sistema de acompanhamento em 12 semanas de desenvolvimento do projeto.

Já finalizada nossa intervenção depois dessas doze semanas de trabalho fica na UBS incorporada a intervenção na rotina de nosso atendimento como forma de promover uma atenção de qualidade nestes usuários. Precisamos do apoio de vocês para continuar com o trabalho e cumprir 100%. Usuários que não estão cadastrados e acompanhados precisam aproveitar a oportunidade de colocar os exames em dia cuidando de sua saúde, prevenindo as complicações destas doenças tão perigosas. Continuamos com as atividades educativas nos diversos espaços como igrejas, espaços comunitários buscando incentivar todos os usuários com estas doenças ou fatores de risco para desenvolvê-las.

Além disso, nossa equipe de trabalho vai continuar com as atividades feitas ao longo da intervenção e incrementar outras ações programáticas assim como reforçar a aliança com vocês (nossa comunidade) para que fiquem contentes com o trabalho feito e tenham uma atenção de qualidade na nossa UBS.

Após os três meses da intervenção, alcançamos nossos objetivos que foram essas melhoras relatadas, mesmo que alguns de forma parcial, mas que mesmo assim trouxeram melhorias para os hipertensos e diabéticos e abriram também uma expectativa e incentivo para continuar com o trabalho e expandir para outras áreas da atenção básica. Houve qualificação da atenção prestada aos usuários e o tema também passou a receber destaque pela população e com isso espera-se agora que a comunidade se aproprie da proposta e contribua com sua continuidade e aperfeiçoamento.

Agradecemos a parceria

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O desenvolvimento de meu trabalho no curso em relação às expectativas iniciais foi muito positivo e contribuiu para aprimorar a atenção prestada aos usuários. Quando comecei a trabalhar no Brasil observei que na atenção primária faltava um pouco de organização, o SUS tinha tudo elaborado mas não era um sucesso, pensei na primeira tarefa em organizar o processo de trabalho e depois desenvolver a atividade com qualidade. E o longo do curso temos feito um grupo de atividades no plano pessoal e profissional que ajudarão muito o conhecimento próprio das doenças e agravos que afetam ao povo brasileiro até por regiões, hoje estou mais preparado para enfrentar ações médicas e sociais.

O significado do curso para minha prática profissional e os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso foram que de uma maneira muito didática o curso foi nos conduzindo no caminho para conhecer e acionar sobre os problemas de saúde estabelecidos que tinham reposta nesse nível primário de atenção médica, como é possível atingir um número grande de usuários se trabalhamos em equipe, coordenados e com o trabalho dividido entre todos e como podemos ajudar mais esse povo necessitado de saúde e conhecimento dos agravos que os afetam.

Gostei da forma em que se desenvolvem os casos de prática clínica que são motivos frequentes de consulta na atenção básica e que nós tratamos de diferente maneira em outros países e antes de debater o caso entre os colegas e professores, os testes de qualificação cognitiva que nos permitem interagir diferentes situações que ocorrem em nosso entorno de trabalho de forma diária e que muitas vezes não tem a reposta adequada.

Os estudos em cada unidade de aprendizagem ajudaram a conhecer mais sobre o funcionamento da equipe e as características do município, comunidade, estrutura física e processo de trabalho da UBS. Contribuiu também para a aproximação e melhoria no relacionamento com a secretaria de saúde e os gestores municipais de saúde

Hoje conhecemos os protocolos estabelecidos no Brasil para cada uma das ações programáticas indicadas pelo MS, no meu caso estou melhor preparado para uma atenção de qualidade para os usuários hipertensos e diabéticos que antes de desenvolver o curso não era realizada de forma sistemática. É muito importante conhecer tudo isso porque é a saúde coletiva que se deve desenvolver, é o caminho que tem que ter a atenção primária de saúde no Brasil, e o acompanhamento do povo brasileiro.

Referências

ALFRADIQUE, Maria Elmira et al. **Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil)**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 272 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012b. 318 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a. 124 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção Clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (Cadernos de Atenção Básica, n. 14)

Pau dos Ferros (IBGE 2010) em:
<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=240940>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications.** Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva: WHO, 1999.

Apêndices

Apêndice A - Imagens das ações desenvolvidas na intervenção



Figura 3: Fotografia da pronúncia aos usuários do Projeto de Intervenção



Figura 4: Fotografia da pronúncia da equipe pelo Projeto de Intervenção



Figura 5: Fotografia da reunião de capacitação da equipe (1)



Figura 6: Fotografia da reunião de capacitação da equipe (2)



Figura 7: Fotografia da reunião entre as equipes UBS e NASF (1)



Figura 8: Fotografia da reunião entre as equipes UBS e NASF (2)



Figura 9: Fotografia da intervenção médica na palestra para grupo de usuários doentes e com fatores de risco sobre HAS e DM (1)



Figura 10: Fotografia da intervenção médica na palestra para grupo de usuários doentes e com fatores de risco sobre HAS e DM (2)



Figura 11: Fotografia das trocas com a comunidade e escuta de propostas (1)



Figura 12: Fotografia das trocas com a comunidade e escuta de propostas (2)

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^{fa} Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B - Planilha de coleta de dados

C10

4	Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)	459	Considere o total de hipertensos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao hipertenso na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.
5	Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)	113	Considere o total de diabéticos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao diabético na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.

HIPERTENSOS		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao hipertenso em cada mês de intervenção					

DIABÉTICOS		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao diabético em cada mês de intervenção					

OBSERVAÇÕES

Considere as pessoas que são **APENAS HIPERTENSOS** residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao hipertenso. Você pode obter este dado consultando as fichas de hipertensos / fichas Excel / fichas.

Considere as pessoas que são **APENAS DIABÉTICOS** residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao diabético.

***Estimativa no território**

População total: 3020

Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais [67% da população total]: 2023,4

Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais HIPERTENSOS (22,7%) [VIGITEL, 2011]: 459

Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais DIABÉTICOS (5,6%) [VIGITEL, 2011]: 113

Digite a **população total** nesta célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. Utilize estes números se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.

Este seria o número total estimado de **hipertensos** com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C5.

Este seria o número total estimado de **diabéticos** com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C6.

Dados da UBS: Mês 1, Mês 2, Mês 3, Mês 4, Indicadores

A7

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1										
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hipertensão ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1									
	2									
	3									
	4									
	5									
	6									
	7									
	8									
	9									
	10									
	11									
	12									
	13									

Dados da UBS: Mês 1, Mês 2, Mês 3, Mês 4, Indicadores



Especialização em
Saúde da Família
Federal de Pelotas

PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS
FICHA ESPELHO

Anexo C - Ficha espelho

[illegible]

Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante